

# MR 検査（単純）問診表・同意書

伊丹恒生脳神経外科病院

## 【MR 検査を受けられる方へ】

次にあてはまるものに○や文字を記入して下さい。

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| <p><b>問1</b> 次の金属の植込みや使用はありますか？</p> <p>・ <b>MR 不可</b><br/>例) ペースメーカー・植込み除細動器・人工内耳・中耳<br/>脳脊髄刺激電極・インシュリン注入ポンプ・磁石式人工肛門<br/>美容整形にて金属挿入など</p> <p>・ <b>MR 条件付き可能</b><br/>例) 義眼・ステント・動脈クリップ・心臓機械弁・血管グラフト<br/>静脈フィルター・人工関節・避妊リングなど</p> <p>・ <b>その他</b> ( )</p> <p style="text-align: right;">ありの方へ いつ頃入れられましたか？</p> | <p>( なし あり )</p> <p>( 年前 )</p> |
| <p><b>問2</b> 次のものはありますか？（取り外せるものは外して下さい）</p> <p>・ 入れ歯 インプラント【 取り外し可・不可 】</p> <p>・ 補聴器・コンタクトレンズ・置き針・リブレ（血糖モニタリング装置）</p> <p>・ 機能素材の服（ヒートテック・抗菌素材）・カイロ・湿布</p> <p>・ 刺青（アイメイク等）・ネイルアート等</p> <p>・ ウイッグ・整髪料（銀イオン・ミリオンヘアー等）</p> <p>・ その他 ( )</p>   | <p>( なし あり )</p>               |
| <p><b>問3</b> 現在の体重をご記入下さい</p>  | <p>( k g )</p>                 |
| <p><b>問4</b> 〈女性の方へ〉妊娠中又は妊娠の可能性はありますか？</p>   | <p>( なし あり )</p>               |
| <p>※技師に伝えたいことあればご記入下さい</p> <p>・ 狭いところが苦手、寒い暑いが苦手、仰向けが長時間苦手など・・・</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; height: 60px; margin-top: 10px;"></div>  |                                |

私は検査内容を十分に理解した上で、MR 検査の実施に同意します。

※なお同意はいつでも撤回できます。

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

依頼医師印

本人署名

本人以外は代筆者名

続柄